ケアテルデイサービスセンター利用申込書

ケアテルデイサービスセンター
管　理　者　　様

区分	1．通所介護　　2．介護予防通所介護 ※ご希望されるサービスに○をつけて下さい。			
利用者	氏名	フリガナ	男女	明　大　昭　　年　　月　　日生（　　歳）
	現住所	〒　　－ TEL（　　）　　－		
	本籍			
	介護認定	要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５・要支援１・要支援２ 介護保険有効期間（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）		
申込者	氏名	フリガナ	続柄	連絡先：1．TEL（　　）　　－ 2．TEL（　　）　　－ 3．TEL（　　）　　－ ※必ず連絡できる場所をご記入下さい。
	住所	〒　　－		

何かご要望等があれば、ご記入下さい。
（　　）

将来の目標（番号に○をつけて下さい）
1．在宅（ショート・デイ・訪問看護・訪問介護・その他）　2．施設（施設名　　）

家族状況（同居している方のお名前をご記入下さい）

氏　　名	続柄	年齢	職　　業

現在の状況（番号に○をつけて下さい）
1．入　院　中（病院名　　）
2．施設入所中（施設名　　）
3．在　　宅
　外来受診　有（　　）
　　無
　担当ケアマネージャー
　　氏　　名（　　）
　　事業所名（　　）

通所希望曜日に○をつけて下さい。（複数でも可）
月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土

通所開始希望日
平成　　年　　月　　日～

自宅の地図

※記入不要

受付年月日	平成　　年　　月　　日	受付番号	